

11. ¿Dónde recibió la mayoría de su tratamiento médico durante este embarazo?
 ___ 1. Clínica del hospital ___ 4. Yo no tuve tratamiento prenatal
 ___ 2. Clínica del departamento de salud ___ 5. Otro _____
 ___ 3. Oficina de médico o HMO
12. Para este embarazo, ¿cómo pagó por el tratamiento médico?
 ___ 1. Seguro médico privado ___ 4. Mi familia o por mi cuenta
 ___ 2. HMO ___ 5. No he tenido manera de pagar
 ___ 3. Medicaid/Healthy Kids ___ 6. Otro _____
13. ¿Cuándo empezó a recibir tratamiento prenatal? _____
 (Por ejemplo: 2 meses, 4 meses de embarazo) (meses embarazada)
14. ¿Está usted: ___ 1. Soltera? ___ 2. Casada?
15. ¿Cuántos años de escuela ha completado usted? _____
 grados terminados
16. ¿Está tomando algunas medicinas (receta o sin receta) o drogas de la calle? ___ No ___ Sí
 a. Si pone sí, ¿por cuál problema? _____
 b. Si pone sí, ¿cuál medicinas/drogas? _____
 c. Si pone sí, liste los efectos secundarios, si los tiene _____
17. ¿Ha tomado vitaminas o minerales en el mes anterior? ___ No ___ Sí (CDC)
 Si pone sí, ¿qué está tomando? _____
18. En el mes antes de estar embarazado con este bebé, ¿cuántas veces por semana tomó usted una multi-vitamina (una píldora que contiene muchas vitaminas y minerales diversos)? _____ (CDC)
19. ¿Consume usted ácido fólico de comidas fortificadas y/o toma un suplemento de ácido fólico diario? ___ No ___ Sí 426
 (Para CPA, menos de 400 mcg de ácido fólico de alimento fortificado o suplementos diarios = riesgo)
20. Durante su embarazo más reciente, ¿te dijo un médico que usted tenía diabetes gestacional? ___ No ___ Sí 303 (CDC)
21. Durante su embarazo más reciente, ¿tenía alta presión sanguínea? ___ No ___ Sí 345+ (CDC)
22. Favor de marcar (✓) a lo que es verdad sobre cualquier **parto antes de este embarazo**:
 ___ Nunca he sido embarazada
 ___ Historia de diabetes gestacional
 ___ Infante pesó 9 libras o más 337
23. ¿Tiene usted problemas dentales que le hacen difícil comer? ___ No ___ Sí 381

Si usted está dando leche del pecho, favor de contestar las preguntas 24 - 31

24. ¿Está dando leche del pecho actualmente a este bebé? ___ No ___ Sí (CDC)
25. ¿Cuántas veces le dá del pecho cada 24 horas? _____
 601/604
26. ¿Cómo se siente tocante a su cantidad de leche? ___ Suficiente ___ Preocupada ___ No suficiente

27. Si usted está dando del pecho, favor de marcar (✓) a todo lo que es verdad:

Mi experiencia de dar pecho es: Maravillosa Buena Bien Difícil

Tengo el apoyo de mi familia y amigas Tengo más de 40 años de edad 602

Le estoy dando el pecho a dos hijos/as que no son mellizos 602

28. ¿Usted tiene preocupaciones por los cambios del pecho o salud del pecho? No Sí

Me ha pasado o me está pasando:

Acumulación de leche 602

Canal tapados repetidamente 602

Mastitis 602

Candidiasis (Thrush)

Pezones adoloridos 602

Pezones aplanados o invertido 602

Mi leche no salió dentro de 4 días 602

Otro _____

29. ¿Necesita usted información sobre exprimir y guardar la leche? No Sí

30. Necesito ayuda con un problema o tengo pregunta sobre cómo amamantar a mi bebé. No Sí
Si contesta sí, favor de describir _____

31. ¿Quiere usted información sobre cómo volver al trabajo mientras da el pecho? No Sí

USO DE ALCOHOL

32. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, ¿por cuántos días cada semana o cada mes tomó bebidas alcohólicas como promedio? (CDC)

Número de días cada semana _____ Número de días cada mes _____

33. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, en los días que tomaba, ¿como cuántas bebidas tomaba como promedio por una semana? (CDC)

Una bebida es: una copa de licor, una lata o botella de vino,
una lata o botella de cerveza, un vaso de vino, o un cóctel

Número promedio de bebidas _____ Nada de bebidas _____

34. **Desde que su embarazo terminó**, ¿cuántos días cada semana o cada mes tomó bebidas alcohólicas como promedio? (CDC)

Número de días cada semana _____ Número de días cada mes _____

372

35. **Desde que su embarazo terminó**, en los días que tomaba, ¿como cuántas bebidas tomaba como promedio? (CDC)

Número promedio de bebidas _____ Nada de bebidas _____

372 (S2)

36. Favor de marcar (✓) lo que es verdad sobre sus hábitos de tomar alcohol.

No tomo alcohol.

Tomo menos de 2 bebidas alcohólicas por día.

Tomo 2 o más bebidas alcohólicas por día. 372

Tomé 5 o más bebidas alcohólicas en un día el mes pasado. 372

Tomé 5 o más bebidas alcohólicas en 5 o más días el mes pasado. 372

Days last trimester

Drinks last trimester

Alcohol now days/week

Alcohol now drinks/day

¿Se encuentra bajo una dieta especial (prescrito por un médico)? No 403+ Si

¿Cuántas veces por semana se alimenta con comida rápida? _____

**¿Consumo o bebe algunos de los siguientes alimentos todos los días o casi todos los días?
(marque todos los que correspondan)**

1. Leche Qué clase _____
2. Bebidas gaseosas (pop) u otras bebidas endulzadas
3. Dulces o bocadillos salados
4. Granos enteros
5. Frutas y vegetales

¿Consumo o bebe algunos de los siguientes? (marque todos los que correspondan) 405

6. Jugo o leche sin pasteurizar (cruda)
7. Queso blando (como feta, brie, camembert, azul o queso estilo mexicano como queso blanco, queso fresco o Panela a menos que se rotule como hecho con leche pasteurizada)
8. Carne roja, pescado, carne de ave o huevos crudos o con poca cocción
9. Brotes crudos o tofu crudo o con poca cocción
10. Paté congelado o pastas a base de carne o mariscos ahumados
11. Perros calientes, fiambre de cerdo y otras carnes de deli que no se calientan hasta el hervor

¿Usted? (marque todos los que correspondan)

12. Se alimenta con una dieta vegetariana estricta 402 o 403
13. Se alimenta con una dieta de bajas calorías/para pérdida de peso 403
14. Sigue una dieta baja en hidratos de carbono, alta en proteínas (como la de Atkins, etc.) 403
15. Come poco debido a una cirugía en el estómago para perder peso 403
16. Regularmente consume elementos no comestibles (cenizas, fibras de alfombra, cigarrillos o colillas de cigarrillos, arcilla, polvillo, goma espuma, trozos de pintura, tierra, almidón para ropa o de maíz) 421
17. Usa remedios de suplementos de hierbas o tés 423 ¿Qué clase? _____

Gracias por completar este cuestionario. Favor de avisar al personal que he terminado.

WIC STAFF USE ONLY

Biochemical Risk		Non-Smoking		Any Smoking Up to 19 cigarettes/day		Any Smoking 20 to 39 cigarettes/day		Smoking 40 or more cigarettes/day	
				Hct. %	Hgb. gm	Hct. %	Hgb. gm	Hct. %	Hgb. gm
Code	Status								
201	BN Postpartum 15 years	<36.0	<12.0	<37.0	<12.3	<38.0	<12.5	<38.0	<12.7
	BN Postpartum <15 years	<36.0	<11.8	<37.0	<12.1	<38.0	<12.3	<38.0	<12.5

WIC Anthropometric Risk			BMI Table for Determining Weight Classification for Non-Pregnant Women				
<u>High Maternal Weight Gain*</u>		<u>Category C and D OVERWEIGHT</u>	Height	A	B	C	D
133	Category A > 40#	Non-breastfeeding and breastfeeding women <6 months postpartum, pre-pregnancy BMI \geq 25.	inches	BMI <18.5	BMI 18.5-24.9	BMI 25.0-29.9	BMI >30.0
	Category B > 35#		58	<89	89-118	119-142	>142
	Category C > 25#		59	<92	92-123	124-147	>147
	Category D > 15#		60	<95	95-127	128-152	>152
		102 <u>Category A UNDERWEIGHT</u>	61	<98	98-131	132-157	>157
		Non-breastfeeding and breastfeeding women < 6 months postpartum, pre-pregnancy or current BMI < 18.5.	62	<101	101-135	136-163	>163
			63	<105	105-140	141-168	>168
			64	<108	108-144	145-173	>173
			65	<111	111-149	150-179	>179
			66	<115	115-154	155-185	>185
			67	<118	118-158	159-190	>190
			68	<122	122-163	164-196	>196
			69	<125	125-168	169-202	>202
			70	<129	129-173	174-208	>208
			71	<133	133-178	179-214	>214
			72	<137	137-183	184-220	>220

*Based on **prepregnancy** BMI

Referral Codes:

- 01 EPSDT
- 02 Family Planning
- 03 Infant Support Services
- 04 Maternal Support Services
- 05 Hearing Screening
- 06 Vision Screening
- 07 Public Health Nursing
- 08 Children's Special Health Care Services
- 09 Food Stamps/Cash Out
- 10 Family Independence Agency
- 11 Medicaid
- 12 Preventive/Protective Services
- 13 MSU Extension
- 14 Intermediate School District
- 15 Substance Abuse Counseling/Treatment
- 16 Dental
- 17 Private Physician
- 18 Registered Dietitian-WIC
- 19 Registered Dietitian-Non-WIC
- 20 STD Clinic
- 21 Well Child Clinic
- 22 Com. Mental Health & Mental Health Serv.
- 23 Healthy Kids (MICH-CARE)
- 24 Prenatal clinic
- 25 Head Start
- 26 CSFP/Focus: HOPE
- 27 Emergency Food Pantry/ Programs & TEFAP

- 28 Non-Food Emergency Services
- 29 Job Training Employment
- 30 Migrant Services
- 31 Parenting Classes
- 32 Lactation Specialist
- 33 Breastfeeding Peer Support-LLL
- 34 Early On
- 35 Legal Aid
- 36 Environmental Health
- 37 Lead Screening
- 38 MI Child
- 39 Prenatal Enrollment/Coordination Program
- 40 Immunization Assessment w/ Card
- 41 Immunization Assessment-No Card
- 42 Immunization Card-No Assessment
- 43 No Immunization Card-No Assessment
- 44 Vaccinated in WIC
- 45 Immunization Referral-Local Imm. Clinic
- 46 Immunization Referral-Doctor
- 47 No Immunization Needed
- 50 New Voter Registration
- 51 Voter Changed Address
- 52 Voter Registration Declined
- 53 Voter Mailed Form
- 59 Social Worker
- 60 Healthy Start

*Based on Body Mass Index Estimates

- 61 Summer Feeding Program
- 62 Child Support Services
- 63 Smoking Cessation
- 64 Project FRESH
- 65 Women's Shelter/Resource
- 66 Strong Families/Safe Children
- 67 Maternity Outpatient Med. Serv. Prog. (MOMS)
- 95 _____
- 96 _____
- 97 _____
- 98 _____
- 99 _____

CPA Notes Nutrition Education Plan:

The following breastfeeding information was provided:

- Pamphlets
- BF classes
- Support Group
- BFI/LLL/LC
- Referrals
- Breast pump Education
- Other: _____

CPA Signature _____ Date _____